

OBSERVACIONES AL INFORME DE LA COMISION DE LEGISLACION DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA SOBRE EL CENTRO ASISTENCIAL PSIQUIATRICO PENITENCIARIO DE MADRID

El marco de referencia que permite abordar el tratamiento de la enfermedad mental debe reposar sobre estas tres ideas básicas que, de forma concisa y exacta, expone el profesor Bercovitz: «... en primer lugar, el enfermo mental es un ciudadano; en segundo lugar, un ciudadano enfermo; y, en tercer lugar, un ciudadano aquejado de un tipo de enfermedad peculiar...».

La imagen colectiva tópica del enfermo mental lo presenta, en cambio, por encima de todo, incluso de su condición de enfermo, como un ser improductivo y peligroso. La realización eventual de una conducta definida como infracción penal no hace otra cosa que ratificar ese sombrío pronóstico inicial. La Ley Orgánica 8/1983, de 25 de junio, de Reforma Urgente y Parcial del Código Penal derogó la asimilación —vigente desde 1848— entre «... los dueños de animales feroces o dañinos que los dejaren sueltos o en disposición de causar mal...» y «... los encargados de la guardia y custodia de un enajenado que le dejasen vagar por las calles o sitios públicos sin la debida vigilancia...». Hay razones para dudar que se haya borrado no sólo de la opinión pública, sino de sectores, más o menos amplios, de la Medicina y del Derecho.

Hace algunos años, el profesor Castilla del Pino escribía: «... En la práctica psiquiátrica, cristalizada bajo la forma institucional, todavía el loco es vivido como aquél que en virtud de su alienación (psiquiátrica) deviene un alienado social. Nunca mejor aplicado el término cosificación (reificación) para el tratamiento del loco...». Ingresando en una institución totalizadora, como es el manicomio, resulta alarman-

te, continúa, «... la desprotección jurídica lograda tras la reclusión».

El enfermo recluido carece, en muchas ocasiones, incluso de objetos personales, de dinero, se ve obligado a recurrir a actitudes humillantes para la satisfacción de mínimas necesidades, como pueden ser libros y revistas actuales, cigarrillos, etc. No toma parte en lo que concierne a su tratamiento...; y concluye: «... Sobrecoge el uso que puede hacerse de una persona cuando, merced a sus circunstancias, llega a ser considerada una cosa sobre la cual cualquier componente del estamento sanatorial puede ejercer la autoridad más arbitraria...».

Cuando el enfermo mental ha perpetrado una acción tipificada como delictiva, se considera demostrada su peligrosidad, legitimando la adopción de medidas de seguridad, cuyo arquetipo es el internamiento manicomial; el «pararrayos» con que la sociedad —en plástica expresión de Pacheco— se protege frente a predecibles futuras «tormentas» desencadenadas por el «enajenado».

En buena lógica, si el peligro deriva de la enfermedad, ninguna medida asegurativa mejor que su tratamiento. Parece, empero, que la Sociedad se resiste a ver en el enfermo mental que ha cometido «... un hecho que la Ley sancionare como delito...» (en palabras del párrafo 2.º del núm. 1.º del art. 8.º del Código Penal) un «enfermo», necesitado de asistencia médica, y no un «delincuente» merecedor de una «pena». Por eso, seguramente, su tratamiento ha venido ofreciendo marcados perfiles punitivos, girando en torno al internamiento como instrumento de inocuización.

La Exposición de Motivos del Decreto de 3 de julio de 1931, que reguló, durante más de medio siglo, el internamiento de los enfermos mentales, reconocía paladinamente que los manicomios son «... prisiones más que propias clínicas médicas...». El manicomio judicial lo es doblemente y el enajenado que delinque —escribe recientemente el profesor Terradillos— es objeto de un doble proceso estigmatizador, que lo define como el desviado por excelencia.

Las conclusiones del informe presentado por la Asociación Española de Neuropsiquiatría sobre el Centro Asistencial Psiquiátrico Penitenciario de Carabanchel, en Madrid, es acabada expresión de lo expuesto. Se trata, lisa y llanamente, de una «cárcel para locos».

I. SITUACION DEL CENTRO PENITENCIARIO ESPECIAL PSIQUIATRICO DE MADRID

En el Informe se recogen datos que, por ser ciertos, entrañan un deficiente cumplimiento de funciones por parte del personal adscrito al Centro o relacionado con él. Sería recomendable hacer llegar el texto al Consejo General del Poder Judicial y al Ministerio de Justicia, titulares de las potestades inspectora y disciplinaria precisas para investigar y corregir posibles abusos y negligencias.

Es alarmante el capítulo dedicado a la extracción y funciones de los «enfermeros». No se descarta la presencia de penados de régimen común en diferentes destinos del Centro. En ningún caso, no obstante, debe permitirse que desempeñen tareas que exijan una cualificación profesional de la que carecen. Debe procederse de inmediato a su sustitución por personal especializado.

Urge esclarecer los criterios de utilización y condiciones de funcionamiento, del denominado «Pabellón de Agitados». Asimismo, sería muy conveniente que los órganos responsables del Centro expusieran los principios orientadores de la práctica asistencial desarrollada en el establecimiento, informando de los resultados con ella obtenidos.

II. ALTERNATIVAS A LA EXISTENCIA DEL CENTRO PENITENCIARIO ESPECIAL PSIQUIATRICO DE MADRID

Las razones de quienes patrocinan la desaparición de los «manicomios judiciales» parecen atendibles. Obviamente, no se trata de sustituirlos por secciones especiales dentro de los establecimientos ordinarios, sino pura y simplemente de tratar al enfermo mental que ha ejecutado un hecho definido como delito, no como «delincuente» (que no es), sino como al «enfermo» que es. Sus antecedentes de

terminarán el régimen de vigilancia que sobre el interno habrá de ejercerse dentro del centro manicomial, en consideración a su efectiva peligrosidad.

Ningún obstáculo legal impediría la desaparición del Centro Especial Psiquiátrico madrileño (ni de cualesquiera otros de igual naturaleza). El párrafo segundo del n.º 1.º del art. 8.º del Código Penal se limita a prever que el internamiento, caso de ser acordado, se llevará a efecto «... en uno de los establecimientos destinados a los enfermos de aquella clase...». En su literalidad, cabría incluso interpretar que alude a los centros asistenciales comunes.

La alternativa propuesta, a saber, la permanencia en una sección de enfermería habilitada en la propia cárcel, con atención por Equipos de Salud Mental Territoriales, seguiría apareciendo como equivalente a la instauración de «manicomios dentro de la cárcel». Podría resultar negativa, lo mismo para el funcionamiento de las secciones comunes del Centro como para el tratamiento del enfermo.

El párrafo tercero del n.º 1.º del art. 8.º del Código Penal enumera una serie de medidas sustitutorias del internamiento. Pese a lo que pudiera sugerir una literalidad enturbiada por la técnica de la reforma legislativa, se comparte la interpretación propugnada por el profesor Terradillos: el internamiento no se contempla como medida principal y, el resto, como vicariables, sino que todas ellas constituyen un elenco dentro del cual puede elegir la más conveniente el juzgador. Los parámetros serán: la peligrosidad del enfermo, evaluada caso por caso, y las exigencias del tratamiento curativo. Los órganos jurisdiccionales deberán esforzarse por evitar que el «... celo por la causa de la sociedad...» (contra el que ya les prevenía la Exposición de Motivos de la Ley de Enjuiciamiento Criminal) les haga olvidar que se encuentran, ante todo, frente a «enfermos»; de modo que la más eficaz medida de seguridad consistirá en garantizar el tratamiento asistencial más idóneo, a fin de lograr la curación de la enfermedad, factor generador de la peligrosidad.

A la luz de estos principios, cobran singular relieve las medidas de sumisión a tratamiento ambulatorio y de presentación mensual o quincenal del enajenado ante el Juzgado o Tribunal sentenciador. Los especialistas —ahí están las observaciones de los profesores Stratenwerth y Vasalli— han puesto de manifiesto cómo el tratamiento ambulatorio permite armonizar el máximo de eficacia terapéutica con el mínimo de restricciones de la libertad personal; sin que el tratamiento curativo coarte innecesariamente otros derechos (a la intimidad, a la vida familiar, al trabajo, al pleno desarrollo de la personalidad...).

El internamiento deberá resultar, pues, fundamentado como único recurso, por insuficiencia de otros métodos menos gravosos para la libertad del enfermo. De otro modo, la medida no estaría «... orientada hacia la reeducación y reinserción social...» del mismo (como reclama el art. 25.2 de nuestra vigente Constitución), sino a la satisfacción de difusos sentimientos de inseguridad colectiva y podría caer

bajo la proscripción constitucional de los tratos inhumanos y degradantes.

En caso de internamiento, deberá partirse, como regla general, de que el enfermo es titular del haz de derechos que define el estatuto del interno, de conformidad con la Ley y Reglamento Penitenciarios. No han de admitirse más excepciones que las necesariamente impuestas por «... la finalidad asistencial ...» y los Jueces de Vigilancia deberán controlar escrupulosamente el establecimiento de estas excepciones, teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso particular.

Porque se trata de «enfermos» (aunque sea una categoría muy peculiar de ellos) les serán de aplicación los criterios consagrados en la «Carta de los derechos y deberes del paciente», propuesta por el Instituto Nacional de la Salud.

No puede continuar dominando la práctica manicomial y la presuposición de que «... el loco, en virtud de su sinrazón, aunque sea en parte, es visto como carente de razón en todo...», como advertía el profesor Castilla del Pino. Por eso, la excepción consagrada en los puntos 5 y 6 de la «Carta» al derecho a la elección y negativa al tratamiento habrá de interpretarse restrictivamente, tomando en consideración el grado de incapacidad de autodetermina-

ción (que no tiene por qué ser absoluta en cada caso) y la intervención, en su caso, de los representantes legales del enfermo.

Tras la reforma operada por la Ley Orgánica 8/1983, los órganos jurisdiccionales que, en su momento, acordaron el internamiento, deberían —de oficio o a instancia del Ministerio Fiscal o de la representación procesal del interno— proceder a una reconsideración, caso por caso, de la oportunidad de mantener aquella medida.

Avala la bondad de las recomendaciones de control semestral de la evolución del tratamiento y de la fijación de un límite cronológico máximo a las medidas adoptadas, la circunstancia de haber sido recogidas por el art. 95 de la Propuesta de Anteproyecto del Nuevo Código Penal de 1984. Sin aguardar a su transformación en Derecho positivo, la práctica judicial debería, desde ahora, proceder a tales controles periódicos. Los órganos asistenciales, a su vez, deberán informar puntualmente a los Tribunales, cuando sea conveniente, el cambio de régimen de tratamiento y, especialmente, la reintegración del interno a su vida ordinaria en libertad, evitando deliberadas ambigüedades por temor a asumir unos riesgos sociales que tanto la Medicina como el Derecho han de afrontar.